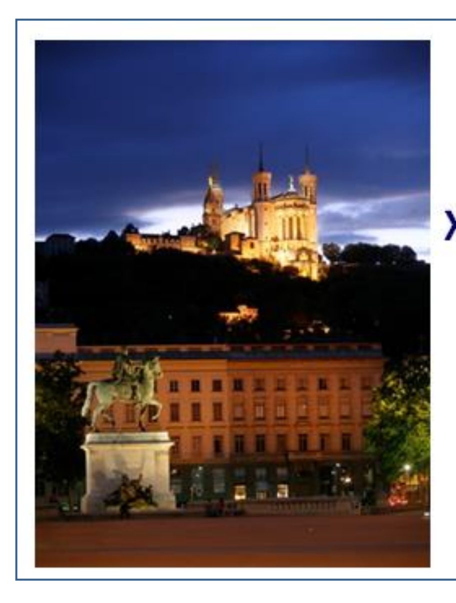






XXIIIe Journée Annuelle du Sud-Est
de la lutte contre les infections nosocomiales
& associées aux soins
et de formation en hygiène

Jeudi 19 mars 2015
9:30 – 16:00
Espace Tête d'Or – Lyon / Villeurbanne

Certification V2014 « Mode d'emploi »
L'audit de processus pour la gestion du RI

Dr Joseph HAJJAR

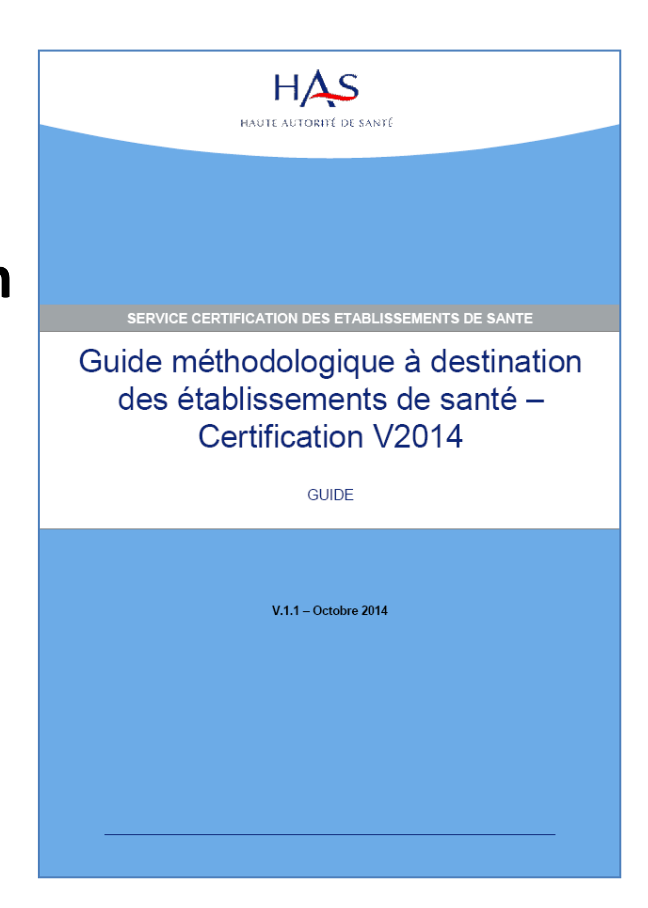
Valence

Déclaration de lien d'intérêts (5 dernières années)

- MEDA Pharma
- PURESSENTIEL
- ASP – Johnson & Johnson
- ~~ECOLAB~~
- ~~CAREFUSION~~

Documents de référence

- Site de la HAS
  - http://www.has-sante.fr/
  - Rubrique accréditation & certification



Préambule

- Quelques visites expérimentales en 2014
  - Début effectif en janvier 2015
- Expérience limitée
  - D'un EV formé
  - Ayant fait une visite !

De la V2010…

- 3ème version de la certification depuis 1998
  - Autoévaluation (manuel de certification), visite, rapport



…Aux enjeux de la V2014

- **Action sur les cultures hospitalières**
  - **Management par la qualité / Approche processus par thématique**
- **Démarche continue (et synchrone avec d'autres)**
  - **Plus personnalisée à l'ES (compte qualité)**
  - **Inscrite dans le pilotage global de l'ES (charge de travail)**
  - **Evaluant la réalité de la prise en charge sur le terrain (audit processus, patient traceur) et la maturité du management de la qualité – gestion des risques**

Nouvelles méthodes de visite

Rapport plus court avec ce qui marche, est remarquable ou doit être amélioré

Principes

- **Autoévaluation non obligatoire sous le format actuel, MAIS**
  - **Obligation de conduire une autoévaluation des démarches qualité**
  - **Possibilité de continuer à utiliser l'outil d'autoévaluation (« outil d'autodiagnostic qualité »)**

Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins PEP

E1 Prévoir	**Réponses aux EA**	**E2** Mettre en œuvre	**Réponses aux EA**	**E3** Evaluer et améliorer	**Réponses aux EA**
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	A déterminer	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	A déterminer	Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	A déterminer
Constats :	A sélectionner	*Constats :*		*Constats :*	
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	A déterminer			L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	A déterminer
Constats :				*Constats :*	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	A déterminer			Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	A déterminer

Principes

- **Maintien du manuel de certification dans sa version V2010**
  - **2 PEP supplémentaires**
    - **critère 18.a « Continuité et coordination de la prise en charge des patients » *étendu à l'ensemble des prises en charge***
    - **critère 26.b « Organisation de secteurs d'activité à risque majeur » *étendu aux salles de naissance et à la radiologie interventionnelle***



Composantes essentielles

- ***Compte qualité***
- **Audit de processus**
- **Patient-traceur**
- **SARA**
  - **Plateforme de service à destination des établissements**

Approche par thématique

- **Elaboration du compte qualité**
- **Audits de processus**

↓

Liste de thématiques établie

Les thématiques

La visite

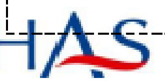
Nouvelles méthodes de visite

➔ **Une lecture du Manuel de certification selon une liste de thématiques intégrant tous les critères :**

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/20130926_liste_20_thematiques_v2014.pdf

- Management stratégique, gouvernance
- Management et gestion de la qualité et des risques
- Gestion du risque infectieux
- Gestion des ressources humaines
- Santé, sécurité et qualité de vie au travail
- Gestion du système d'information
- Gestion des ressources financières
- Fonctions logistiques

- Droits des patients
- Parcours du patient
- Identification du patient
- PEC de la douleur
- Gestion du dossier du patient
- PEC médicamenteuse
- PEC du patient aux urgences et soins non programmés
- Laboratoire et imagerie
- PEC du patient au bloc opératoire
- PEC des patients en fin de vie
- PEC dans les secteurs à risque
- Dons d'organe



Compte qualité

- « Nouvel outil national de pilotage de la certification »
  - Suivi en continu par la HAS des engagements des ES en matière d'amélioration de la qualité et de maitrise des risques
  - Contribution à définir des objectifs de visite plus personnalisés en fonction des enjeux et risques de chaque établissement
  - Informations utiles aux EV pour évaluer en visite la maturité du système de management QGDR de l'ES



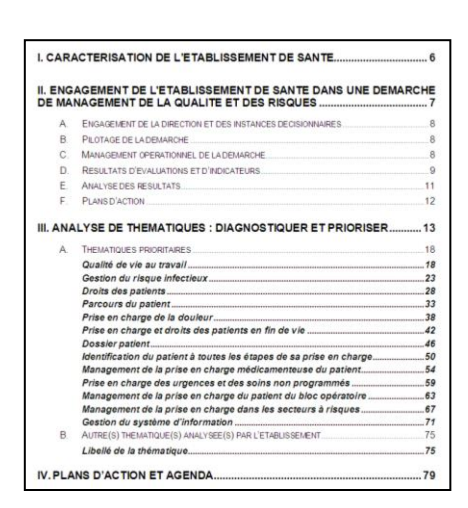
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Compte Qualité

Maquette V1

Elaborée suite à l'expérimentation conduite par la Haute Autorité de santé au second semestre 2013 auprès de 60 établissements testeurs.

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
Service Certification des Etablissements de Santé
Juillet 2014



Le compte qualité est un outil pour définir ses priorités d'amélioration. Il propose :

Une méthode d'évaluation :

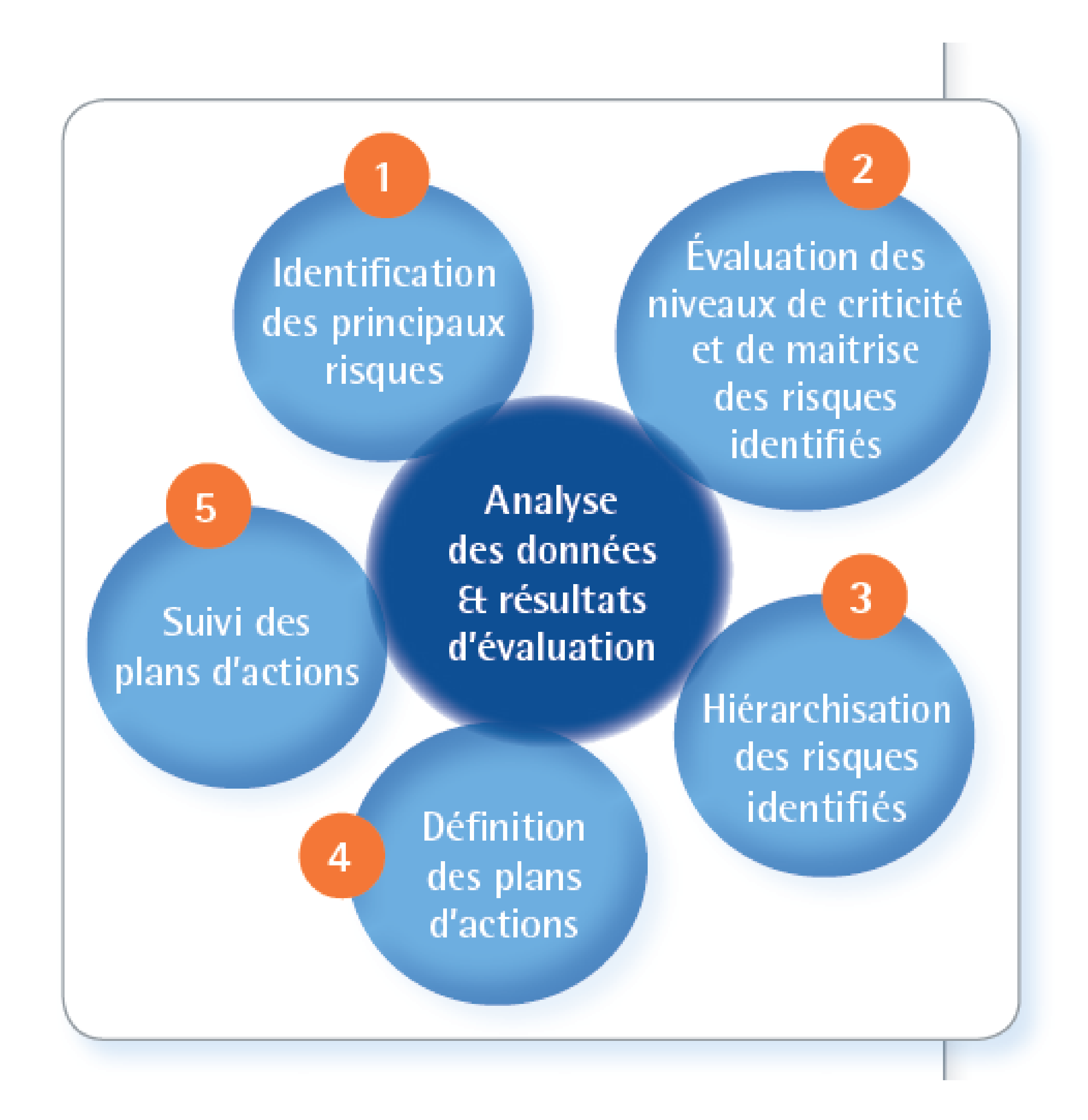
- fondée sur **l'identification et une analyse de ses risques** par thématique par l'établissement de santé
- en fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- en fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP…

Une expression de résultats :

- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

Afin de mettre en évidence ses propres opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins.

Analyse d’une thématique





Compte Qualité

Illustrations
pour le remplissage de la partie III du compte qualité
« Diagnostiquer et prioriser »

Illustration n°6 :

Thématique « Gestion du risque infectieux »

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
Service Certification des Etablissements de Santé
Janvier 2014

Outils

ECHELLE DE GRAVITE	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)

ECHELLE DE FREQUENCE	
V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

Outils

Matrice de criticité							
Fréquence estimée		F5	C5	C10	C15	C20	C25
		F4	C4	C8	C12	C16	C20
		F3	C3	C6	C9	C12	C15
		F2	C2	C4	C6	C8	C10
		F1	C2	C2	C3	C4	C5
			G1	G2	G3	G4	G5
			Gravité estimée				

(rouge)	Risques à traiter en priorité. Situations à risques non acceptables en l'état, nécessitant des actions d'analyse et de traitement pour réduire le risque au moins jusqu'à un risque à surveiller
(orange)	Risques à surveiller. Situations à risques acceptables en l'état à condition que des actions soient menées pour mieux les identifier et les surveiller.
(vert)	Risques non critiques. Situations à risques acceptables en l'état, correspond à un risque faible

Outils

GRILLE D'EVALUATION DE LA MAITRISE

Niveau	Description synthétique
Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation
Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...

1. Identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise en place

Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaires
R1	Evénement infectieux grave lié aux actes invasifs à haut risque infectieux	4	5	20	– Protocoles validés, présentés diffusés et réactualisés tous les 5 ans – Audit des actes invasifs tous les 5 ans – Suivi IAS[1] via déclaration et DPI[2] hebdomadaire – Information et formation externe et interne – Formation PS[3] tous les ans (1 thématique/an) – Audit et formation hygiène des mains annuels – Suivi consommation SHA par service – Suivi des consommations annuelles de consommable sen lien avec les activités à haut risque – Audit et formation PCH[4] dès prescription en service – Retour d'expérience sur EIG[5]	2	
R2	Consommation non pertinente d'antibiotique	3	5	15	– Présence d'un comité d'antibiotique – Présence d'un Référent en antibiothérapie sur l'établissement – Liste d'antibiotiques ciblés – Protocoles validés, présentés diffusés et réactualisés	2	

					– Outil de réévaluation de l antibiothérapie à 48h – Accès à l'aide à la prescription via le DPI (banque C.Bernard) – Connexion informatique entre pharmacie, laboratoire et services – Enquête de pertinence des antibiotiques un jour donné – EPP réévaluation de l'antibiothérapie – Suivi consommation annuelle des antibiotiques par service		
R3	Survenue d'une épidémie	3	5	15	– Protocoles validés, présentés diffusés et réactualisés tous les 5 ans – Système d'alerte et de signalement en interne : laboratoire, services, réseaux (ARLIN[6], InVS[7], ministère) – Formation sur la transmission croisée en fonction des alertes – Evaluation des mesures mises en place lors d'une prescription d'isolement – Suivi vaccination anti-grippale	2	
R4	Accident d'Exposition au Sang (AES)	5	5	25	– Protocoles validés, présentés diffusés et réactualisés tous les 5 ans – Suivi vaccination anti hépatite B – Matériel de protection à disposition : container, gant, tenue – Matériel sécurisé à disposition dans tous les services – Conduite à tenir immédiate affichée	1	

R4	Accident d'Exposition au Sang (AES)	5	5	25	– Protocoles validés, présentés diffusés et réactualisés tous les 5 ans – Suivi vaccination anti hépatite B – Matériel de protection à disposition : container, gant, tenue – Matériel sécurisé à disposition dans tous les services – Conduite à tenir immédiate affichée – Suivi des indicateurs présentés au CHSCT[8] – Etude (arbre des causes) de chaque AES[9]	1	

2. Résultats d'évaluation et indicateurs

2.1. Critère(s) du manuel de certification rattachés à la thématique

Date de la dernière décision de certification : **Mai 2010.**

Libellé du critère du manuel V2010	**Niveau de décision** (pas de décision, recommandation, réserve ou réserve majeure)	**Id de la donnée**
8g - Maîtrise du risque infectieux	**B – Pas de décision**	**D1**
8h - Bon usage des antibiotiques	**B – Pas de décision**	**D2**
7d - Hygiène des locaux	**A – Pas de décision**	**D3**

2.2. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec la thématique

Indicateur TBIN

Date	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Fourchette
2012	SCORE AGREGE	MCO	A	83.45/100	Score validé par ARS
2012	ICALIN 2	MCO	A	85.5/100	Score validé par ARS
2012	ICABMR	MCO	A	94/100	Score validé par ARS
2012	ICATB	MCO	A	81.25/100	Score validé par ARS
2012	ICSHA2	MCO	B	76.7%	Score validé par ARS
2013	ICABMR	MCO	A	94/100	Score provisoire
2013	ICATB2	MCO	C	50/100	Score provisoire
2013	ICALIN2	MCO	A	83.5/100	Score provisoire

2.3. Autres indicateurs nationaux et régionaux en lien avec la thématique

Date	Opérateur en charge	Libellé de l'indicateur	Prise en charge	Classe	Valeur	Commentaires ES
2013	RAISIN[10]-CCLIN[11]	DDJ antibio[12]	MCO	-	247	DDJ 2012 : 287
2012	inVS[13]/RAISIN-CCLIN	Enquête nationale de prévalence	MCO		1.8%	
2013	Invs/ARS[14]/CCLIN	Signalement externe d'IAS[15]	MCO		0	2012 : 0

2.4. Autres résultats d'évaluation en lien avec la thématique

Date	Libellé de l'évaluation	Prise en charge	Résultat	Commentaires ES
2010 à 2014	Taux d'incidence annuel des IAS	MCO		
2010 à 2014	Taux d'incidence annuel des BMR	MCO		
2010 à 2014	Taux trimestriel d'observance de 0 bijou	MCO		
2013	Taux AES /personnel exposé	MCO		
2010 à 2014	Proportion d'AES parmi les AT[16]	MCO		
2013	Audit GREPHH[17] précautions standard – Taux port EPI conforme – Taux hygiène des mains conformes	MCO		
2013	Audit catheter veineux périphérique et centraux – Taux tracabilité surv/pose/ablation – Taux utilisation ATS alcoolique+ cp pour manipulation :	MCO		
2012	Audit qualité technique de l hygiène des mains – Taux conformité gestuelle – Taux conformité temps	MCO		
2013	Taux de réévaluation de l'ATB	MCO		
2013	Taux de pertinence de l'antibiothérapie	MCO		
2010 à 2014	Taux annuel de conformité des prélèvements environnementaux (surfaces, alimentation, linge et eau)			

3. Analyse des résultats

La prise en charge du risque infectieux est maitrisée sur l'établissement de part une culture ancienne et rodée. Ainsi en attestent les indicateurs nationaux qui sont satisfaisants et en progression depuis 2010. Les protocoles sont en place, révisés régulièrement (à 5 ans) et évalués. Lorsqu' un audit ne répond pas aux objectifs fixés, une formation est réalisée et un autre tour d'audit est réalisé. La mise en place récente d'analyse des causes sur évènement infectieux grave a permis l'émergence de dysfonctionnements non décelés lors d'audits. Les outils sont en cours d'acquisition et la démarche en voie de développement et de pérennisation.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est intégrée pleinement dans les instances de l'établissement : la CME ; la CSSIRMT, le CHST, et la cellule qualité. La conduite des plans d'actions est conjointe et cohérente avec chacun des acteurs. Les référents en hygiène identifiés clairement au sein des services, sont de réels relais pour l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ils sont présents dans la prévention et la surveillance au quotidien. Les réunions régulières à raison d'une journée par trimestre permettent d'avancer rapidement sur les problématiques de l'année. L'équipe opérationnelle d'hygiène travaille en collaboration avec l'équipe interdépartementale (EIDLIN- Drome Ardèche Isère).

L'ICATB satisfaisant depuis 2010, a fortement régressé en 2013 suite à la révision des critères. Une démarche d'amélioration a de suite été menée pour répondre aux exigences nationales.

Les indicateurs de l'établissement sont établis, revus et validés en CME/CLIN et CSSIRMT chaque année. Ils suivent la vie de l'établissement. Certains indicateurs méritent encore d'être affinés Les indicateurs de l'établissement sont globalement satisfaisants. Les taux d'incidence locaux sont inférieurs à ceux des réseaux. Les audits réalisés montrent dans l'ensemble une bonne implication et application à réaliser les soins. Là aussi les résultats obtenus sont majoritairement supérieurs aux chiffres nationaux. Les points faibles font immédiatement l'objet d'actions mises au programme de la CME/CLIN ou/et de la CSSIRMT

La politique menée concernant l'hygiène des mains commence à porter ses fruits et les premiers objectifs sont presque atteints. L'augmentation récente de notre taux d'AES nous conduit à réaliser un second tour d'audit qui s'inscrit aussi dans les orientations régionales.

4. Plans d'action

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	État d'avancement
R1	Eviter les evènements infectieux graves	Améliorer la traçabilité Pérenniser les évaluations / audits des actes et comportements à risque Mettre en place de manière régulière des études de risque à posteriori	Qualité CLIN EOH	2013	2015	Nbre audit /an au regard des actes à haut risque infectieux TX d'incidence des bactériémies Décés ou séquelles graves sur IAS	En cours
R2	Systématiser l'évaluation de l'utilisation des ATB (réévaluation, pertinence)	Formaliser l'organisation et renforcer les moyens concernant l'utilisation des ATB Réaliser une EPP /an Travailler en réseau	RéfATB EOH	Sept 2013	Déc 2014	ICATB2 Nbr EPP/an Nbr réunion du réseau 3ième tour d'audit EPP sur une molècule /an	En cours réalisé
R3	Améliorer la prévention de la transmission croisée	Renforcer l'utilisation de SHA sur le secteur de périnatalité Améliorer le respect du temps de friction améliorer le port du gant développer le port du masque et des lunettes	EOH	Jan 2014	Dec 2014	Conso SHA/an /service ICSHA2 2ndAudit qualité de la friction post formation 3ième tour Audit precautions standard Audit précautions complémentaires Nbre épidémie/an	En cours
R4	Prévenir le risque infectieux chez le professionnel	Généraliser la mise à disposition des DM sécurisés Favoriser la vaccination anti-grippale Réaliser un suivi des vaccinations	Pharmacien Medecine travail EOH	2014	2015	Taux de couverture vaccinal du personnel (hep B, gripe, coqueluche) Taux d'AES raporté au ETP[18] 2nd tour audit AES	2015 Projet à définir Oct 2014

Audit processus

- **Cœur de la V2014**
- **Méthode d'évaluation de la réalité de la prise en charge**
- **Liste de 20 thématiques**
- **Selon le schéma PDCA avec des points d'observation obligatoires**
  - **P (prévoir) D (mettre en œuvre) C (évaluer) A (agir)**
- **2 parties distinctes**
  - **Evaluation du management du processus avec le(s) responsable(s) du processus**
  - **Mise en œuvre du processus avec le personnel chargé de son application**

	Sous étapes du processus
P **Prévoir**	Détermination du contour du processus : Identification des besoins Définition de la politique et des objectifs Analyse des risques Mise en place des mesures de traitement des risques
	Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités, ressources
	Gestion des Interfaces (processus ou services)
D **Mettre en œuvre**	
C **Evaluer**	Evaluation du fonctionnement du processus, communication des résultats
A **Améliorer**	Mise en place des améliorations

Audit processus

- **Réalisé au regard de données identifiées**
  - **Spécificité : établissement, activité considérée, différents interlocuteurs et stratégie de visite**
- **Porte *a minima* sur des éléments d'investigation obligatoires**
  - **Facteurs-clés pour l'atteinte des objectifs de la thématique**
  - **Investigation obligatoire par l'EV et mention systématique dans le rapport (conformité ou écart)**
  - **Après validation par la HAS, diffusion des EIO sur le site Internet de la HAS**

Gestion du risque infectieux

ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES
Politique, organisation et moyens adaptés définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.
Élaboration de procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux.
Organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi, etc.) avec l'EOH et/ou la CME.
Organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques, etc.
Formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux.

Formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques.
Mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH.
Traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure.
Évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs.
Actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus.

Audit processus

- Durée entre 3h et une journée
  - En fonction des processus
  - De l'importance de l'évaluation à réaliser sur le terrain
- Durée augmentée (plusieurs sites) ou diminuée (ES de petite taille)

Audit processus

- **Début de chaque rencontre**
  - Rappel : contexte, objectifs de la certification, méthodes mobilisées et thématique concernée par l'entretien
- **Rencontres sur le lieu de travail des interlocuteurs**
  - Bureau des pilotes
  - Service pour les professionnels de terrain
- **Si pilotage d'un processus par plusieurs personnes**
  - Rencontre des pilotes séparément, sauf si coopération habituelle dans le cadre d'une instance dédiée

Règles

- **Langage clair, court, respectueux**
- **Questionnement sans induire les réponses**
- **Vigilance à la communication non verbale**
- **Ecoute attentive**
- **Reformulation des réponses**
- **Reformulation des points positifs et des écarts potentiels en conclusion de l’investigation**

Etude du management du processus

- **Entretien avec le responsable du processus**
- **Comprendre l’organisation du processus, son pilotage, ses modalités d’application et la capacité d’amélioration du processus.**

Evaluation de la mise en œuvre du processus sur le terrain

- **Entretien avec des personnels**
- **Techniques pour s’assurer de la mise en œuvre**
  - **Traceur système**
  - **Sondages**
  - **Observations directes ou simulation**
  - **Visite de locaux et observation d’équipements**
  - **Vérification des interfaces**

Audit processus

- **Pour chaque thématique**
  - **Pas d’investigation par PEC ni échantillonnage des services**
- **Pour ne pas passer à côté d’une dimension importante**
  - **Questionnement du pilote de la thématique**
    - **Existence d’organisations différentes, connues de l’établissement**
    - **Mise en œuvre partout ou s’il existe des modalités différentes selon les secteurs, activités, PEC, etc.**

Outils

- Grille d’audit des EV
- Fiche technique relative à la préparation des audits de processus à disposition des établissements (en cours)

Audit processus

- **Nécessité d'une maîtrise suffisante de la thématique**
  - **Guides thématiques construits sur le modèle du « PDCA » ***
    - **Ne pas les considérer comme des guides d'investigation**
  - **Parfois modalités de mise en œuvre au-delà des exigences de la certification pour indiquer comment optimiser la maîtrise du processus.**
    - **Liberté aux ES de les appliquer ou de proposer d'autres réponses pour atteindre l'objectif**

*** Non disponible pour le RI**

A la fin de chaque étape de l'audit…

- **2 types de situations**
  - **Conformité : satisfaction à une exigence portée par la thématique**
  - **Ecart : non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au Manuel V2010**
- **Chaque écart étayé d'une preuve et de sa source**
  - **Preuve : justification de l'écart (observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain)**
  - **Source : audit de processus**

Interconnexions

- **Avec les autres thématiques**
  - **Fonctions logistiques**
  - **Bloc opératoire**
  - **Secteurs à risque (radiothérapie, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)**
- **Avec les patients traceurs**

D / Mise en œuvre effective	NC-3	Absence d'isolement d'un patient à risque infectieux	PT	8g	Médecine
	NC-4	Non-respect des procédures de décontamination du matériel de soins	AP		Chirurgie ORL
	NC-5	Boite à objets piquants et tranchants débordant et présent sur le chariot de soins dans le couloir	AP		Chirurgie ORL
	NC-6	Absence d'implication de l'EOH dans les travaux de réfection du couloir en maternité	AP		Maternité

Pour aboutir à…

- **Qualification des écarts**
  - **Point sensible : pas de risque direct pour le patient ou les professionnels ou de risque de rupture de système**
  - **Non-conformité : risque direct pour le patient ou les professionnels ou indiquant une rupture du système**
  - **Non-conformité majeure : des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients de manière grave et immédiate et aucune mesure appropriée de récupération ou d’atténuation ou absence ou défaillance totale du management d’une activité l’empêchant de répondre aux exigences du manuel sur une thématique donnée**

Pour aboutir à…

- **Niveau de maturité atteint, c'est-à-dire de la maitrise**
  - Par l'établissement pour chacune des sous-étapes du PDCA
    - Définition et structuration de son organisation
    - Mise en œuvre opérationnelle
    - Conduite des actions d'évaluation et d'amélioration
- **5 niveaux de maturité**
  - Non défini
  - Fonctionnement de base
  - Défini
  - Maîtrisé
  - Optimisé

Par exemple pour la sous étape D

		Non défini	Fn de base	Défini	Maitrisé	Optimisé
D1	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre	Professionnels non informés, sensibilisés. Méconnaissent le sujet.	Circulation d'infos par contacts informels et ponctuels	Règles de diffusion d'infos et de communication définies	Infos connues	Amélioration du dispositif pour répondre aux besoins. Dynamique d'amélioration continue opérationnelle et REX en place

Message aux hygiénistes

- **Procédure de certification V2014**
  - **Objectif final : apprécier le niveau de maturité atteint par un ES en termes de culture et de management en continu de la qualité de la PEC du patient et des RIAS**
  - **Outils nouveaux : pas de difficultés particulières aux hygiénistes chargés de la GRI**
    - **Antériorité de leur expérience dans ce domaine**
    - **Ajouts nécessaires**
      - **Renseigner une cartographie des risques adaptée aux réalités de leur établissement et aux indicateurs**
      - **Mettre en place et assurer le suivi plans d'action avec le concours des professionnels des services de soins, des autres acteurs transversaux et des instances**

Remerciements

- **Equipe opérationnelle d’hygiène et au service qualité du centre hospitalier de Tournon pour les exemples issus de leur compte qualité :**
  - **Céline CABRERIZO (infirmière hygiéniste)**
  - **Armand TERZIAN (président de la CME et du CLIN)**
  - **Anne BARBARY et Christelle BREYLE (qualiticiennes)**